



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM
SAÚDE MENTAL



**A construção do cuidado para a população em situação de rua: discussão
sobre o acesso à moradia como estabilizador psíquico**

GIULIANA MAZOTA

Campinas,

2022

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL
GIULIANA MAZOTA

**A construção do cuidado para a população em situação de rua: discussão
sobre o acesso à moradia como estabilizador psíquico**

Trabalho apresentado
para a conclusão da
Residência
Multiprofissional em
Saúde Mental e
obtenção do título de
especialista.
Orientadora: Profa. Dra.
Rosana Teresa Onocko
Campos.

Campinas,
2022

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	5
1.1 Impactos do modelo neoliberal na saúde	8
1.2 A política de drogas brasileira e a sua influência nos dispositivos de cuidado	10
1.3 Os caminhos possíveis: Redução de Danos	13
1.4 Acesso à moradia como estabilizador psíquico	16
2. METODOLOGIA	17
3. DISCUSSÃO	17
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	21
5. BIBLIOGRAFIA	22

Resumo: O cenário de fragilização de vínculos sociais e perda de direitos, imposto pelo modelo neoliberal, gera vulnerabilização e exclusão social. Nesse contexto, a População em Situação de Rua ganha visibilidade e, novamente, põe em discussão a busca pela superação da situação de rua. Contudo, a realidade social desigual expressa por essa população e a subordinação a padrões morais dificulta a adoção de medidas adequadas para o cuidado. Neste relato de experiência, realizado durante a atuação em um Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas do município de Campinas, eu reflito sobre o meu contato com usuários de substâncias psicoativas em situação de rua. A adoção da redução de danos como estratégia de cuidado para esses usuários se deu por essa ser uma possibilidade de produção de desvios, reposicionamentos e mudanças em modos de gestão dos próprios prazeres, promovendo a preservação da vida e a redução de riscos e danos. Este trabalho realiza um resgate histórico da construção de políticas de drogas (e cuidado) no Brasil e aponta como a moradia atua como organizador psíquico, uma vez que a estabilidade e segurança de uma habitação permanente são decisivas para que outros problemas sejam enfrentados por essas pessoas.

Palavras-chave: Saúde Mental; Redução do Dano; Pessoas em Situação de Rua; Habitação;

Abstract: The scenario of weakening social bonds and loss of rights, imposed by the neoliberal model, generates vulnerability and social exclusion. In this context, the Homeless Population gains visibility and, again, sparks the discussion about the search for the overcoming of the homeless situation. However, the unequal social reality expressed by this population and the subordination to moral standards makes it difficult to adopt appropriate healthcare measures. In this experience report, carried out during my practice at a Psychosocial Care Center for alcohol and drugs in the city of Campinas, I reflect about my contact with homeless users of psychoactive substances. I adopted harm reduction as a healthcare strategy for these users because it enables them to produce deviations, repositions and change in how they make their own pleasures, thus promoting the preservation of life and the reduction of risks and damages. This work performs a historical review of the construction of drug policies (and healthcare) in Brazil and stresses how housing acts as a psychic organizer, since the stability and security of permanent housing are decisive for these people to face other problems.

Keywords: Mental Health; Harm Reduction; Homeless Persons; Housing

1. INTRODUÇÃO

O cenário de fragilização de vínculos sociais e perda de direitos, imposto pelo modelo neoliberal, gera vulnerabilização e exclusão social. Nesse contexto, a População em Situação de Rua (PSR) ganha visibilidade e, novamente, põe em discussão a busca pela superação da situação de rua. Contudo, a realidade social desigual expressa por essa população e a subordinação a padrões morais dificulta a adoção de medidas adequadas para o cuidado. Diante disso, como garantir o exercício da cidadania para a população em situação de rua?

A resposta para essa questão depende de uma série de pré-requisitos, sendo o mais básico deles entender quem é a população da qual estamos falando. A Política Nacional para a População em Situação de Rua (PNPR) – Decreto nº 7.053/2009 –, caracteriza a PSR como :

Grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória (BRASIL, 2009).

Diante de uma definição tão abrangente, cabe perguntar: esse decreto é realmente capaz de nomear/significar essa diversidade populacional? Quando falamos nessa diversidade, de quantas pessoas estamos falando? Essas perguntas são difíceis de responder, pois os dados não são fidedignos.

A mais recente pesquisa publicada sobre o tema foi realizada pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Segundo o estudo, em março de 2020, o número total de pessoas em situação de rua no Brasil era de aproximadamente 221.869 pessoas. Importante ressaltar que os dados foram coletados num período anterior à pandemia de COVID-19, e em municípios com mais de 100 mil habitantes. Por isso, essa estatística não contempla as diversas formas de morar descritas na política, como, por exemplo, ocupações e a permanência em Unidades de Acolhimento. Todavia, analisando dados anteriores, é possível perceber que mesmo

antes da pandemia o número de pessoas em situação de rua vinha crescendo no Brasil.

Em 2008, o Ministério do Desenvolvimento Social promoveu um estudo que identificou, nas 71 cidades pesquisadas, 31.922 pessoas adultas vivendo em situação de rua (BRASIL, 2008). Posteriormente, um estudo realizado por Natalino (2016), mostrou que existem aproximadamente 101 mil pessoas em situação de rua no Brasil. Quatro anos depois, em 2020, mais de 146 mil pessoas se declararam nessa situação no Cadastro Único (BRASIL, 2020).

Quanto ao perfil da população, dados¹ apontam que a população em situação de rua é composta predominantemente por trabalhadores (70,9%), homens (82%), em sua maioria negros (67%), com baixa escolaridade e sem amparo governamental básico. Por meio dessa pesquisa, foi possível derrubar mitos afirmados pelo imaginário social, já que este grupo é produtivo, embora as pessoas atuem em atividades informais, precárias e mais expostas a riscos.

Ainda que existam essas categorias mais gerais de descrição, a heterogeneidade é o principal atributo a ser incluído nesse perfil. A diversidade da população em situação de rua e de suas maneiras de viver é afirmada em muitas pesquisas². Por isso, é necessário problematizar a descrição contida na própria política para ampliar o olhar ao estudar essa população.

A formulação de políticas não é neutra. Assim, a forma como lidamos com o tema indica que estamos diante de um dispositivo de poder, principalmente quando ele se torna um problema de interesse político, extensamente categorizado como uma ameaça à vida e à ordem pública. Historicamente, essa população vem sofrendo com políticas higienistas e de exclusão. Mesmo assim, desenvolvem estratégias e vínculos sociais para assegurar a sua permanência nos espaços, resistir e tornar visível a luta (LACERDA, 2012).

A rua pode ser um importante espaço de socialização (LACERDA, 2012). Segundo Sicari e Zanella (2018), os modos de existir e a forma como esses indivíduos vivem estão relacionadas às práticas sociais estabelecidas no contexto da rua. Galvani (2008) afirma haver potências, como movimentos de resistência da

¹ I Censo e Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua (2008).

² Sicari; Zanella (2018) *apud* Alcântara et al., 2015; Félix-Silva et al., 2016; Galvani, 2008; Lacerda, 2012; Langa, 2012; Mattos, 2006; Rodrigues, 2009; Rosa, Secco, & Brêtas, 2006; Serrano, 2013.

população, que existem por meio da construção de redes sociais e do envolvimento com ações de cultura, arte, religião e movimentos sociais.

Mas, o que leva um indivíduo a viver em situação de rua? A precarização das condições de vida é comumente apontada como explicação. Contudo, esta é uma forma reducionista de análise. Isso porque, analisar apenas os aspectos econômicos limita a compreensão. Fatores psíquicos, culturais, ambientais, biológicos e sociais são determinantes a serem considerados.

Segundo a Pesquisa Nacional Sobre a População em Situação de Rua, os motivos que levam um indivíduo a viver na rua são diversos. O uso abusivo de álcool e outras drogas (35,5%), o desemprego (29,8%) e conflitos familiares (29,1%) aparecem com maior frequência como as principais razões (Brasil, 2009). Porém, a mesma pesquisa aponta a ida e a permanência nas ruas como resultado de uma escolha pessoal. Todavia, em que medida é possível afirmar tal escolha? Uma vez que o acesso à moradia requer um longo percurso, com etapas e critérios a serem rigorosamente seguidos por indivíduos vulnerabilizados de formas diversas.

A justificativa apresentada pela pesquisa nacional sobre a população em situação de rua é de que “essa escolha está relacionada a uma noção (ainda que vaga) de liberdade proporcionada pela rua, e acaba sendo um fator fundamental para explicar não apenas a saída de casa, mas também as razões da permanência na rua” (BRASIL, 2009, p.87). Contudo, a reflexão se impõe: as pessoas escolhem a liberdade das ruas ou não conseguem cumprir os requisitos impostos pelas instituições?

Muitas vezes, locais como abrigos e unidades de acolhimento adotam estratégias de alta exigência para a permanência dos indivíduos. Tal situação acaba impossibilitando acesso, ou criando barreiras de admissão a um local mais protegido. Em Campinas, o abrigo do Setor de Atendimento ao Migrante, Itinerante e Mendicante (SAMIM) afirma que “é proibida a entrada de pessoa alcoolizada ou sob efeitos de outras drogas” (CAMPINAS, sem data) no termo de admissão de usuários no serviço. Assim, a abstinência, e não o acesso, passa a ser requisito para o processo de intervenção.

Diante disso, como garantir este acesso? Como ofertar o cuidado ampliado, aos moldes do que é proposto pela saúde coletiva? Desde 1988, o direito à saúde é garantido constitucionalmente. Já o direito à moradia adequada foi reconhecido pela Declaração Universal dos Direitos Humanos em 1948. Ter onde morar é um

elemento estabilizador, pois traz segurança física e mental e facilita o acesso a recursos básicos de sobrevivência, inclusive à adesão a projetos de cuidado.

Além de defender a moradia como primeira etapa de um processo interventivo, esse trabalho analisa como a adoção de uma postura de baixa exigência por parte dos serviços contribui para que o cuidado chegue até o usuário. A ênfase da discussão está na população usuária de SPA em situação de rua, com quem pude trabalhar durante meu percurso na residência.

1.1 Impactos do modelo neoliberal na saúde

O neoliberalismo doutrina econômica e política. Seus defensores são contrários a qualquer ação do Estado que estabeleça limite aos mecanismos de mercado. Isso porque, tais operações são consideradas “ameaças à liberdade”, não somente econômica, mas também política e social.

O argumento para isso é que a razão é incapaz de reconstruir a ordem social. Por isso, qualquer forma de planejamento econômico seria resultado de um erro teórico. A solução, então, seria permitir que ordem espontânea do mercado se manifestasse livremente, tal qual uma força natural (RIZZOTTO, 2009). A partir disso, seus idealizadores traçaram as linhas de uma política macroeconômica que foram implantadas em países latino-americanos nas décadas de 80 e 90. Segundo Rizzotto (2009, s/p):

As linhas básicas formuladas, no referido encontro, consistiam na defesa da desregulamentação dos mercados, na abertura comercial e financeira, no equilíbrio das contas públicas, na privatização das empresas estatais, na flexibilização das formas de vínculo entre capital e trabalho e no estabelecimento de uma taxa cambial realista. (...) No Brasil, o ‘neoliberalismo’ foi introduzido associado ao discurso da necessidade de modernização do país, que se iniciou no governo de Fernando Collor de Mello, em 1989, e se aprofundou nas décadas de 1990 e 2000. No primeiro caso, com ênfase nas reformas econômicas, na privatização das empresas estatais e nas políticas sociais focalizadas; no segundo, aprofundando esses aspectos e modificando substancialmente a estrutura do Estado por meio de ampla reforma, consubstanciada em documento denominado Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado (1995). No referido documento foram definidas as diretrizes da reforma e a nova configuração que o Estado brasileiro deveria assumir a partir de então.

No campo da saúde, a absorção dos pressupostos neoliberais resultou na limitação de recursos, mercantilização dos serviços de nível secundário e terciário, precarização dos vínculos de trabalho no setor público e terceirização de serviços

assistenciais e terapêuticos. A incorporação de discursos morais passou a ser justificativa para ações econômicas, o que trouxe consequências para a forma de pensar e intervir na saúde (SAFATLE, 2021).

O neoliberalismo é um modo de intervenção social profundo, ainda que se afirme como capaz de preservar a autonomia da política em relação à economia. Pois, para que a liberdade do empreendedorismo e livre iniciativa pudessem existir, o Estado deveria intervir para despolitizar a sociedade. Essa seria a única maneira de impedir que a política intervisse na autonomia necessária à ação da economia (SAFATLE, 2021).

O Estado deveria bloquear especificamente um tipo: o conflito regulador da vida social. Assim, práticas governamentais que têm a vida como objeto privilegiado do exercício de poder passam a ser legitimadas por determinações de uma psicologia moral, que atua através da criação de uma “economia moral” neoliberal. Nesse modelo, os conflitos psíquicos são compreendidos como expressões de contradições no interior dos processos de socialização e individuação, marcas das contradições imanentes à vida social, conforme afirma Safatle (2021, p.30):

Haveria uma internalização de predisposições psicológicas visando à produção de um tipo de relação a si, aos outros e ao mundo guiada através da generalização de princípios empresariais de performance, de investimento, de rentabilidade, de posicionamento, para todos os meandros da vida.

As orientações que guiam perspectivas hegemônicas não são neutras. A gênese de valores que dirigem nossa compreensão exige uma perspectiva ampliada de análise. Dessa forma, enquanto profissionais de saúde, devemos nos atentar ao fato de que a orientação clínica precisa ser compreendida no interior de um sistema de influência. Os discursos têm forte teor normativo, originados em campos exteriores à prática terapêutica, como os culturais, morais, estéticos, políticos e, atualmente, a racionalidade econômica neoliberal (SAFATLE, 2021).

Segundo Safatle (2021), a fusão entre o discurso econômico e o psicológico produziria uma nova forma de entendimento do sofrimento psíquico. Uma forma de *design* psicológico, criada a partir da repetição generalizada de imposições morais. Qualquer forma de existência que resistisse a essa redefinição empresarial da vida seria tomada como uma falta moral. A essa nova “gramática psicológica” caberia, segundo ele:

Determinar a configuração de seus agentes racionais, definindo com isso um conjunto de comportamentos, modos de avaliação e justificativas a serem

internalizadas pelos agentes que se queiram reconhecidos, tais modelos não podem ser abstraídos de força de produção de uma psicologia que lhes seja própria, quer dizer uma figura antropológica, fortemente reguladora, a ser partilhada por todos os indivíduos que aspiram ser socialmente reconhecidos. Tais modelos definem padrões de individuação a partir da racionalidade que eles procuram realizar. No interior de tais padrões encontramos sistemas profundamente normativos de disposição de conduta, de produção de afetos e de determinação das formas de sofrimento. Nesse sentido, podemos dizer que modelos socioeconômicos são modelos de governo e gestão social de subjetividades, por isso, não podem ser compreendidos sem sua capacidade de instauração de comportamentos e modos subjetivos de auto regulação (p.33).

Por isso, não se sofre do mesmo modo dentro e fora deste sistema. Neste contexto macro, a população em situação de rua é atravessada por julgamentos subjetivos. Essas pessoas são tomadas como “improdutivas” ou “insignificantes economicamente”, de forma a serem excluídas desse jogo social. Por sua vez, os agentes econômicos se tornam maximizadores de formas de ser individuais. Conseqüentemente, a estrutura da vida social e de subjetivação justificam que se adotem formas de intervenção, muitas vezes extremamente violentas e mortíferas, contra aqueles que não cumprem a norma. A noção de “liberdade”, descrita pelo modelo, opera como elemento regulador e disciplinar (SAFATLE, 2021).

O indivíduo é apontado como causador e culpado da sua própria condição de miséria. Para “superar” essa condição passa-se a impor etapas a serem seguidas. A função da clínica, nesse aspecto, passa a ser a de restaurar a obediência do organismo à norma, inibindo disfunções, modos desviantes, reconduzindo o indivíduo à ordem (TEDESCO; PECORATO, 2015).

1.2 A política de drogas brasileira e a sua influência nos dispositivos de cuidado

No Brasil, as políticas envolvendo o consumo de álcool e outras substâncias psicoativas sempre foram pautadas no proibicionismo. Segundo Petuco (2019), diversas leis e decretos que historicamente tiveram como objetivo proibir a venda e consumo de substâncias foram baseadas em argumentos morais e eugenistas. Aos “viciados”, o tratamento dispensado era o da exclusão e da morte.

A criminalização de substâncias e a culpabilização de uma população específica não é novidade. Em 1830, a proibição do *pito de pango* (maconha)

expressava a criminalização não só da substância, mas também de práticas sociais associadas ao seu consumo, realizado principalmente pela população negra. Já as drogas “elegantes” da elite branca não tinham seu consumo proibido (PETUCO, 2019).

Segundo Fiore (2007), apenas na primeira década do século XX as drogas passaram a ser consideradas um tema para a saúde pública no Brasil. Antes disso, a questão era tratada somente como um problema da segurança pública, o que reflete até hoje na forma como é construído o debate.

A primeira figuração jurídica do “toxicômano” no Brasil aparece em 1921. Trata-se do decreto 14.969, que atribuía o uso abusivo de drogas a uma degradação moral do indivíduo. Nesse contexto, debatiam-se formas de punição e readequação para quem fizesse uso de substâncias psicoativas (PETUCO, 2019).

Surge então, nos anos 30, a sugestão de prisão para usuários e comerciantes de drogas. A proposta enfrentou resistência da Comissão de Constituição e Justiça, pois parte dos deputados considerava os usuários de SPA como doentes que deveriam passar por tratamento psiquiátrico (PETUCO, 2019). O debate, como fica claro, seguia sempre pela exclusão do usuário, que seria enviado ou para o manicômio ou para a cadeia.

Dez anos depois a situação ainda não era diferente. A Liga Brasileira de Higiene Mental dos anos 40 contribuiu com argumentos eugênicos que aprofundaram o pânico em torno do uso de drogas. As regiões Norte e Nordeste são eleitas como prioritárias para o desenvolvimento de uma campanha de erradicação das drogas (PETUCO, 2019).

Posteriormente, em 1964, com o Golpe militar, o Brasil enrijecerá ainda mais a forma de lidar com a questão. Nesse período, passamos a dispor de um modelo repressivo militarizado para eliminar e/ou neutralizar os inimigos do regime. “A estruturação da política de drogas requeria, portanto, reformulação: ao inimigo interno político (subversivo) é acrescido o inimigo político-criminal (traficante)” (CARVALHO, 2007, p.24).

Nos anos 70, o presidente dos Estados Unidos declara o uso abusivo de drogas como inimigo número um do país. Sob forte influência do discurso norte americano e vivenciando o regime ditatorial, o Brasil adota uma política antidrogas, que culminaria no extermínio e encarceramento em massa da população jovem, preta e pobre. Mesmo após 1988, suas bases autoritárias não foram mudadas,

indicando a continuidade de estratégias de preservação de medidas ditatoriais em pleno seio da democracia (SOUZA, 2013).

Ao fim da década de 1990, houve a criação da Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), que passou a se chamar, através da Lei 11.754 de 2008, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (BRASIL, 2008). Analogamente, a Política Nacional Antidrogas (PNAD) veio a ser chamada, em 2005, de Política Nacional sobre Drogas.

Ainda na década de 90, emergiram os Consultórios de Rua (CR), como dispositivos criados para a promoção de cuidado às populações em situação de rua, tendo como diretriz a Redução de Danos. O primeiro CR surgiu em 1999, em Salvador - BA, como um projeto-piloto criado pelo Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas. Tal projeto surgia como alternativa à problemática de crianças e adolescentes que estavam nas ruas e fazendo uso de drogas.

Somente em 2003 foi aprovada no Brasil a Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Outras Drogas (PAIUAD). Esta Política está articulada à Política de Saúde Mental do Ministério da Saúde, criada através da Lei nº 10.216/02. A PAIUAD tinha como diretriz a Redução de Danos (RD), e a atenção aos usuários de SPA seria realizada pelos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas.

Em 2006, o Congresso Nacional aprovou a Lei 11.343, que funda o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas. Tal lei definia penas mais duras para traficantes e medidas mais brandas para usuários de SPA. Petuco (2019) indica uma tendência para a “criminalização da pobreza”. Contudo, nela são descritas inovações em relação às ações voltadas a usuários de SPA. Foram priorizadas atividades na perspectiva da saúde coletiva, que abarcavam prevenção, atenção e reabilitação psicossocial (ESPÍNDOLA, 2011).

Em maio de 2010, a Presidência da República publicou o Decreto nº 7.179, relativo ao Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas. O plano tinha a intenção de prevenir o uso, tratar e reinserir socialmente os usuários, além de combater o tráfico de drogas ilícitas.

Seguindo esse movimento, em dezembro de 2011, o Ministério da Justiça, em parceria com outros Ministérios (Ministério da Saúde e do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, da Educação e da Secretaria de Direitos Humanos), coordenou o

programa Crack: É Possível Vencer. Tal programa elencou um conjunto de ações integradas sob três frentes de atuação: prevenção, cuidado e autoridade/repressão.

Na contramão, em 2014, foi criado pela Portaria PREF nº 332/2013, e coordenado pela Secretaria Municipal de Saúde do Município de São Paulo, o Programa De Braços Abertos. Nele, pessoas usuárias de crack da região do centro de São Paulo, tinham como ofertas iniciais, trabalho, renda e moradia. As ações eram pautadas pela lógica da Redução de Danos e baseadas no modelo do *Housing First* (COMIS, 2021).

Contudo, desde o golpe jurídico-político de 2016, muitos retrocessos vêm ocorrendo na atenção à saúde no Brasil. Alguns exemplos são a PEC 95, que congela os gastos em saúde e educação por 20 anos, a ampliação do financiamento ao setor privado (Comunidades Terapêuticas - CT), em 2018, a Lei 13.840/2019, que altera a Política Nacional sobre Drogas e a Nota Técnica Nº11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS. Tais ações operam uma verdadeira contra-reforma psiquiátrica no Brasil, além de distorcerem aspectos apresentados pela Lei Orgânica da Saúde (8.080/1990) e pela Portaria Nº3.088, de 23 de Dezembro de 2011.

A nota técnica Nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS aponta uma direção muito diferente da que vinha sendo construída na atenção à saúde mental no Brasil. Nela fica explícito o incentivo a um tratamento de direção ambulatorial/hospitalar, por meio da ampliação no número de leitos e incentivos financeiros, da fragmentação do cuidado, com o acréscimo da medicamentação e psicologização das ações em saúde mental, padronização em detrimento da abordagem singular, como exposto pela adoção da escala MIF, bem como da alta exigência, como os tratamentos que objetivam a abstinência.

A argumentação presente na nota para defender tais práticas é rasa. No texto, prevalece uma postura de desresponsabilização do Estado em relação a determinantes sociais, de saúde, ambientais, econômicos e políticos que levam ao sofrimento psíquico e ao consumo abusivo de substâncias psicoativas. É proposta uma ampliação da atenção à crise, porém com iniciativas mínimas de prevenção e melhora da qualidade de vida dos usuários em sofrimento e com transtornos mentais.

O incentivo ao aumento de leitos e à ampliação de internações em CT sob a justificativa de "grande demanda reprimida" de cuidado em saúde escancara que o

objetivo não é mais tratar, reabilitar e reinserir esses indivíduos na sociedade, mas apenas afastá-los, inviabilizá-los, medicá-los e contê-los para que sejam corpos dóceis.

1.3 Os caminhos possíveis: Redução de Danos

Para construir uma atenção à saúde possível tanto a clínica, quanto políticas públicas precisam ser capazes de transgredir as tendências gerais. Assim, é preciso que se adotem técnicas capazes de furar a lógica trágica, que desqualifica o usuário e que submete todos os indivíduos a um padrão uniformizador de existência. Um desses caminhos é a Redução de Danos (RD).

A RD é uma possibilidade de produção de desvios, reposicionamentos e mudanças em modos de gestão dos próprios prazeres, promovendo a preservação da vida e a redução de riscos e danos. Quando pensamos especificamente no caso das drogas, procura-se compreender as relações que os sujeitos estabelecem com as substâncias a partir de sua singularidade e inscrita na sua história de vida. A partir disso, adotam-se estratégias de diminuição das vulnerabilidades. Proporcionando uma situação mais protegida, ou menos vulnerável, o indivíduo consegue avaliar melhor os riscos envolvidos.

Niel e Silveira afirmam que o objetivo é “propiciar experiências que vão dar subsídios para que o indivíduo seja capaz de cuidar e de organizar sua própria existência (...) e que estimule sua criatividade e seu potencial para que consiga conviver com as adversidades” (p.8, 2008). O que é difícil de conceber em um contexto sociocultural de crise econômica, desemprego, precarização das condições de vida, violência e desigualdade.

Privilegiar na subjetividade a capacidade de ampliar ou experimentar diferentes formas de conexões e maneiras de estar no mundo é muito difícil em um território esgotado e empobrecido em seus laços. Por isso, há a necessidade de construir políticas públicas que privilegiem, na clínica, o exercício da inventividade e modos inéditos de se relacionar com as normas. Segundo Tedesco e Pecorato (p. 100, 2016):

Como primeira diretriz, a clínica precisa escapar de um modelo de saúde-fetice e de padrões predeterminados de convivência familiar, comunitária, de valores sociais estabelecidos, que tendam a ser tomados

como verdade para todos. Conseqüentemente, abandona-se a elaboração de tipologias normalizadoras, das classificações patologizantes que desqualificam o usuário como aquele que não segue a norma geral e que precisa recuperar o estado ideal de normalidade do qual se afastou. Evita-se, assim, o risco de privilegiar a negatividade do processo existencial em jogo que se limita a sublinhar e reforçar os endurecimentos, as cristalizações. (...) Importa detectar linhas de vida tênues, muitas vezes quase invisíveis, quase inaudíveis, mas que funcionam como germes de possíveis conexões, camufladas na profusão de condutas de evasão de vida. (...) No território do usuário, o cuidado clínico solicita que não fiquemos detidos nos bloqueios, que não nos ocupemos com as insuficiências. No lugar de assinalar os fracassos, vale relançar o território depauperado ao seu movimento de ampliação da vida.

Ao permitir que os usuários expressem seus desejos, a Redução de Danos legitima as experiências e dá visibilidade aos sujeitos, validando politicamente seu discurso. Esse rompimento com a política hegemônica é uma conquista dos próprios usuários, por meio da sua organização como um movimento social. A indivíduos aos quais antes se associava o desejo de morte, culpa, criminalidade, descuido, ruína e doença, a RD coloca uma nova possibilidade, a da construção de um novo campo de enfrentamento (SOUZA, 2013).

Mas como criar as condições para usuários de drogas falarem e agirem em nome próprio? Para isso acontecer, há a necessidade de reorganizar políticas e colocar fim à contrarreforma psiquiátrica. O cenário atual é difícil, pois houve a diminuição dos equipamentos de cuidado de base comunitária e a proliferação de instituições iatrogênicas, privadas, amplamente financiadas pelo poder público, e que perpetuam práticas segregativas e violentas.

Visão oposta da redução de danos. O cuidado requer encontrar, ouvir, fazer junto, construir uma rede afetiva, comunitária, de trabalho, etc., entender a singularidade e sustentar a autonomia e a desalienação. Para isso, é preciso compreender o que afirma Morin (2005, p.282):

Toda a vida humana autônoma é trama de incríveis dependências (...) isso significa também que o conceito de autonomia não é substancial, mas relativo e relacional. Não digo que quanto mais dependente mais autônomo; não há reciprocidade entre esses termos. Digo que não se pode conceber autonomia sem dependência.

Kinoshita (1996) afirma que é preciso compreender que haverá um certo nível de dependência, porque há desvantagem nas forças da vida social. Porém, isso não deve justificar nem a determinação de condutas, nem a proibição de escolhas. Como profissionais, devemos fazer como propõe Melman (1992) ao defender a inversão de termos. Em outras palavras, a abstinência, ao invés de ser imposta ao usuário, deve

vir por parte do profissional, que precisa abster-se de ideais, de desejos de cura e da indicação de caminhos.

Dessa forma, entende-se a RD como um dispositivo, conforme explica Souza (2013, p.19):

A RD se tornou um dispositivo em que os usuários de drogas podem falar em nome próprio. Essa possibilidade inaugurada constituiu uma perspectiva de análise porque através dela podemos nos aproximar dos usuários de drogas e assim acompanhar o que eles dizem, sentem e fazem. Assim a RD vai deixando de ser um conjunto de estratégias e vai se tornando um conceito que abrange diferentes estratégias. A RD vai se tornando um modo de se pensar, falar, sentir e agir sobre as drogas: uma perspectiva. A RD se constitui enquanto uma perspectiva de análise que atravessa toda esta produção, sendo, portanto, um ponto de vista atento às singularidades e as diferentes experiências e necessidades dos usuários de drogas.

1.4 Acesso à moradia como estabilizador psíquico

Desenvolvido pela primeira vez nos Estados Unidos pelo psicólogo Sam Tsemberis na cidade de Nova Iorque, em 1992, o *Housing First* (HF) é uma proposta que busca enfrentar a situação de rua por meio da oferta de moradia permanente, integrada a serviços de atenção psicossocial de base comunitária, suporte clínico e habitacional (CARVALHO; FURTADO, 2021).

Neste modelo, assegura-se o direito social à moradia, que desempenha papel fundamental no exercício da cidadania. Assim, inverte-se a ordem usual de assistência, priorizando alocar indivíduos em uma residência antes de qualquer estratégia interventiva. O objetivo é fortalecer ações de integração comunitária, propiciando melhorias na saúde física e mental por meio da estabilidade trazida pela moradia.

Segundo Carvalho e Furtado (2021), o HF se diferencia de serviços tradicionais para pessoas em situação de rua por fornecer acesso à moradia sem impor pré-requisitos. Nele, a estabilidade e a segurança de uma habitação permanente são decisivas para que outros problemas sejam enfrentados. Assim, o modelo apresenta uma solução mais efetiva do que outras intervenções no enfrentamento do problema da situação de rua.

Segundo o guia *Housing First* da Europa, existem 3 grandes eixos de intervenção. O primeiro visa dar moradia a indivíduos com grandes necessidades de apoio ao facilitar o acesso à habitação. O segundo é a oferta de saúde e de

bem-estar, realizada por meio da adoção de estratégias de baixa exigência. Já o terceiro é realizado mediante a garantia de um tripé de ações que consiste no apoio social (suporte de pares e garantia de sociabilidade); integração comunitária (ações de enfrentamento à estigmatização de pessoas em situação de rua) e na integração econômica (auxílio para encontrar um trabalho, garantindo remuneração).

O modelo compreende a moradia como um direito fundamental humano e as ações são centradas no indivíduo, assegurando-lhe autonomia e protagonismo. Por isso, elas são feitas sem coerção, de forma que o próprio usuário do serviço elege prioridades. O apoio dos profissionais é flexível e disponibilizado sempre que solicitado. As ações são pautadas na lógica da redução de danos, com orientações para recuperar e/ou minimizar riscos e danos, e sempre garantir a separação entre o espaço de vida e o de tratamento. No Brasil, exemplos do HF são o projeto RUAS do Rio de Janeiro, o de braços abertos, de São Paulo e o inRua, de Curitiba.

2. METODOLOGIA

Como instrumento de investigação, foi realizada uma pesquisa bibliográfica, baseada em textos selecionados sobre cuidados em saúde mental voltados à população em situação de rua, redução de danos, e *housing first* em textos, periódicos, dissertações, teses e livros de autores contemporâneos que apresentassem contribuição significativa ao tema da pesquisa. Também foi realizada a construção de cenas de 4 casos acompanhados durante a residência em um Centro de Atenção Psicossocial da cidade de Campinas-SP.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Durante a residência, pude acompanhar a forma de organização do cuidado para PSR que frequentavam um CAPS ad no município de Campinas. Participei de ações territoriais em parceria com o Consultório na Rua e com redutores de danos do CAPS. Desta experiência, extraí alguns casos e cenas para discussão.

CASO R:

O primeiro caso é o de R., um homem branco de 47 anos. Aos 5 anos, os pais de R. se separam e ele foi morar com o pai e a madrasta em uma cidade próxima a Campinas. Ele conta que foi agredido pelo pai durante toda a infância. Em um de nossos atendimentos, relata que ainda pequeno apanhou na cabeça do pai com um martelo. Tal agressão fez com que ele tivesse um derrame cerebral que gerou sequelas. Ele tem prejuízos motores, como dificuldade na fala e deambulação, e na apreensão fina das mãos. Aos 14 anos, R. fugiu de casa e foi acolhido no local de acolhimento para menores, onde permaneceu até seus 18 anos. Neste lugar, R. também experimentou violência, sendo agredido por colegas e profissionais.

Já adulto, R. trabalhou como ajudante geral, motorista e operador de máquinas. Aos 30 anos, ele conheceu uma moça, se apaixonou por ela e foram morar juntos. Com ela, R. iniciou o uso do crack. Eles ficaram juntos por seis meses e após o rompimento, ele intensificou o uso da substância. R. conta que antes disso ele já havia feito uso de álcool (8 anos), cola (16 anos), maconha e cocaína (18 anos). Ele chegou ao CAPS após evadir de uma internação em uma comunidade terapêutica.

R. está em situação de rua desde 2014. Durante esse período até o momento atual, ele passou por quase todos os abrigos e casas de passagem do município. Ele relata que nos últimos meses tem ficado na casa de uma senhora durante a noite, trocando a estadia por trabalho.

Nos conhecemos no plantão, quando R. me pediu ajuda para achar um outro tênis, já que o seu havia perdido a sola. Subimos para o armário de doações do CAPS. Da pilha, ele retirou um tênis azul, do qual caíram alguns insetos. O tênis estava sem cadarço e rasgado: “perfeito para mim”, disse R.

Em 2017, R. recebeu um auxílio-doença no valor de 26 mil reais. O dinheiro não durou 2 meses. Ele contou que comprou tudo que sempre teve vontade, presenteou pessoas, divertiu-se e sentiu prazer. O dinheiro apareceu como um importante organizador do mundo e das relações em diversos dos nossos atendimentos. R., enfim, podia participar da dinâmica de negociações sociais.

Porém, por muito tempo, o fato de R. ter recebido essa quantia de dinheiro criou uma barreira de acesso aos abrigos: afinal, ele teve uma oportunidade e não aproveitou. O moralismo atravessou seu cuidado. R. estava privado de recursos e se afastou dos dispositivos da assistência e do CAPS.

Os rompimentos entrelaçam sua história. Relatos de profissionais apontam um comportamento esquivo, explosivo, agitado. Para mim, R. contou que “já perdeu muito tempo na vida”, e que busca “dar seu jeito”. A forma que R. encontrava para se organizar consta como motivo de desligamento em uma das casas de passagem. Ele conta que se sentia “preso” sem poder sair.

Hoje R. fala de um corpo cansado. Ele queria um lugar, está cansado de ficar na rua. Esgotadas as possibilidades de abrigos, R. cogita uma comunidade terapêutica. Conversamos sobre suas internações que duraram 3 e 4 meses. Não foi bom. Estar na rua também não é. Ele acabou por escolher a internação.

CASO F:

F. está em situação de rua e chega para acolhimento no CAPS. É uma mulher preta, de 45 anos. Por sorte é a nossa semana do rodízio. Ela conta que perdeu seu companheiro devido a complicações causadas pela COVID. F. estava a dias sem tomar banho e queria um local protegido para ficar, pois afirma estar sofrendo violência sexual na rua, já que não tem mais a proteção do companheiro. Ela tem parentes que moram em Campinas, mas devido ao uso abusivo de crack, “ninguém mais quer saber” (sic).

F. conta que ficou internada por 3 meses por COVID. Quando saiu da internação, ela soube da morte do “marido”. Como não pode se despedir, ela não sabe onde foi enterrado o corpo do companheiro. F. diz que não conhecia a família dele, e afirmou que se sente muito sozinha. No luto, F. intensifica o uso do crack, sente-se exposta e com medo e, por isso, procura o CAPS. Articulamos sua ida para um abrigo da cidade. Semanas depois, ela conseguiu um emprego como coletora de materiais recicláveis com uma conhecida.

Depois disso chega no serviço muito diferente F. tinha as unhas feitas, estava maquiada e com brincos novos. Ela disse que queria ser manicure. Tempos depois, desentendeu-se com uma das colegas do abrigo, de quem afirmou ter sido vítima de roubo: “ninguém faz nada com ela, ela é protegida lá” (sic). F. Deixou o abrigo, e não conseguiu mais vir ao serviço por causa do seu horário de trabalho. Depois disso, ela veio mais uma vez e não a encontramos mais.

Com este caso, foi possível perceber como a moradia operou como organizador psíquico de F. Em um local protegido, ela pôde experienciar outras

vivências e desejar um futuro diferente para si, o que não ocorria quando sua preocupação era a sobrevivência.

CASO A:

Já o terceiro caso escolhido ilustra a dificuldade de cumprir as exigências das instituições do município. É o caso de A., homem preto de 58 anos. Conheci A. em uma visita domiciliar, já que ele mora em seu local de trabalho. A. contou que essa foi a forma que ele conseguiu para manter o emprego, uma vez que o abrigo onde A. estava não permitia que ele chegasse após às 20h. Ele trabalha em um estacionamento e não tem hora certa para sair. Até terminar de lavar os carros e fechar tudo é tarde.

Passei a ir semanalmente ao estacionamento para atender A. Ele contou que tem hepatite C e que não está fazendo o tratamento. A. aceitou marcar uma nova consulta no Centro de Referência em IST (AMDA). A. jogou futebol em um clube da cidade, onde aproveitou muito a vida e conheceu sua ex-esposa. Como ele se machucou, A. não pode mais jogar. Na vida de jogador, ele começou a fazer uso abusivo de cocaína e álcool.

A. também contou que ele se desorganizou no fim do ano. Quando ele está em crise, A. tem delírios de grandeza. Ele fez um empréstimo no nome do irmão em um desses momentos. A. perdeu seu pai há oito anos e a mãe há três, tem duas filhas, e se dá melhor com a mais nova. Já a relação de A. com a sua ex-esposa é complexa. Eles estão separados fisicamente, mas ainda têm uma relação afetiva. Segundo profissionais do serviço, ela costuma acionar a equipe quando percebe que o ex-marido está se desorganizando.

A. conta sobre seu dia a dia e como o emprego no estacionamento o ajudou a se organizar. Ele gosta muito de carros e limpa impecavelmente cada veículo, atento aos mínimos detalhes. Começamos a criar vínculo e com o passar do tempo ele fica menos desconfiado com a minha presença.

A. é desenrolado, e vai pedindo ajuda para encontrar os caminhos que precisa. Ele começou a achar que ganha pouco no estacionamento e que as condições não são tão boas assim. Contudo, não quer voltar para a rua. Fizemos a oferta de um abrigo, sua vaga demorou 2 meses para sair. Então, A. se demitiu.

Com o falecimento de seu pai, A. acabou herdando a casa onde moraram e um terreno. A herança precisava ser dividida entre os irmãos e não houve acordo.

Para se inteirar do andamento da herança, A. me pediu que o acompanhasse até o contador, que fica no bairro em que ele viveu até o fim da adolescência. A. mostrou a sua antiga casa, que fica de frente a uma praça.

Muitas das árvores foram plantadas por seu pai. A. me mostrou uma por uma, dizendo os nomes e me perguntando se as conhecia. Ele apontou as que ele mesmo plantou. A. gosta muito de mexer com a terra e, no abrigo, ele tem cuidado da horta. Porém, as regras de lá tem sido ainda mais difíceis de cumprir no período de pandemia. A. começou a ter atendimentos no CAPS para poder sair um pouco.

A. recebeu uma quantia em dinheiro, comprou cocaína e ficou dias em uso intenso, chegando a dormir na rua. Ele vendeu o celular, bebeu e fumou crack. A. chegou ao CAPS desorganizado e desconfiado e fizemos a sua inserção no leito. Ele se recuperou e teve alta em uma semana. A. voltou ao abrigo e vai dividir quarto com um amigo.

Já a última cena ilustra as falhas no funcionamento da rede de cuidados do município, consequência do desmonte dos serviços. A usuária em questão não conseguiu acessar uma moradia, mesmo estando em uma condição muito grave de saúde. Os serviços residenciais terapêuticos (SRT) raramente aceitam usuários de SPA.

CASO B:

B. estava em situação de rua há muitos anos. É uma mulher branca de 59 anos. Ela passou por internação no antigo manicômio da cidade. B era usuária de crack e foi diagnosticada com câncer de mama. Um “casão”, descreviam os profissionais. Ela estava em situação de rua e precisava iniciar a quimioterapia. B. morou por 3 meses no leito do CAPS, onde permaneceu até o fim de sua vida.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A apropriação de pressupostos neoliberais pelo Estado brasileiro impactou negativamente na forma como se constrói o cuidado em saúde. Consequentemente, a contenção de recursos e o sucateamento dos serviços atuam como dificultadores de acesso ao direito à saúde.

Nesse contexto desfavorável e precarizante, populações historicamente marginalizadas, como a PSR e os usuários de SPA, escancaram fronteiras simbólicas estigmatizantes e passam a ser tomadas como causadoras de seu próprio sofrimento psíquico. A adoção de pressuposições moralistas criminalizam, excluem e mortificam essas populações.

Assim, dispositivos de cuidado paradoxalmente passam a ser perpetuadores de violência, ao invés de cumprir sua função original. Na contramão dessa tendência, a adoção de estratégias que diminuem a vulnerabilidade dessas populações passa a oferecer caminhos possíveis para garantir a essa população o exercício da cidadania e fazer frente à atual contrarreforma em curso no Brasil.

A produção de desvios e transgressões para essas tendências gerais se dá por meio da visibilização e da validação dos discursos dos usuários dos serviços de saúde. Tal processo passa pela construção de políticas públicas que privilegiem esse tipo de atuação.

Em suma, o acesso à moradia e à saúde são direitos. Contudo, boa parte da população brasileira ainda não consegue que isso lhe seja assegurado. Os caminhos para tornar isso possível implicam em derrubar padrões uniformizadores de existência e dar garantia de estabilidade e segurança para os indivíduos. Assim, adotar estratégias de baixa exigência, como a redução de danos e o *housing first*, pode ser uma importante forma de intervenção.

5. BIBLIOGRAFIA

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado da República. 1988.

BRASIL. Governo Federal. **Política Nacional para a População em Situação de Rua**. Brasília, 2009. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm#:~:text=DECRETO%20N%207.053%20DE%2023,que%20lhe%20confere%20o%20art.>. Acesso em: Outubro, 2022.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário. **Primeiro censo e pesquisa nacional sobre a população em situação de rua**. Brasília: MDS/Sagi, abr. 2008. Disponível em:

<<http://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/pesquisas/documentos/PainelPEI/Publicacoes/C13%20n104%20%20PRIMEIRO%20CENSO%20E%20PESQUISA%20NACIONAL%20SOBRE%20A%20POPULACAO%20EM%20SITUACAO%20DE%20RUA.pdf>>. Acesso em: Outubro, 2022.

BRASIL. **Decreto n. 5.912, de 27 set. 2006**. Regulamenta a Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, que trata das políticas públicas sobre drogas e da instituição do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - SISNAD, e dá outras providências. Disponível em:

<<http://www.arquivopublico.pr.gov.br/arquivos/File/pdf/leidrogas.pdf>>. Acesso em: nov. 2019.

BRASIL. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras Drogas**. Brasília: Ministério da Saúde. 2003

BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Técnica nº 11. **Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas**. Brasília, DF, 2019. Disponível em: <<http://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>>. Acesso em: Outubro, 2022.

CAMPINAS. Secretaria Municipal de Assistência e Inclusão Social. **Normas Internas do Setor de Atendimento ao Migrante Itinerante e Mendicante (SAMIM)**. Disponível em: <<https://www.campinas.sp.gov.br/sa/impressos/adm/FO351.pdf>>. Acesso em: Outubro, 2022.

CARVALHO, Adriana; FURTADO, Juarez. Fatores contextuais e implantação da intervenção Housing First: uma revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, p. 133-150, 2022.

CARVALHO, Salo. **A Política Criminal de Drogas no Brasil**. Estudo criminológico e dogmático da Lei 11.343/06. 6ª edição, Saraiva, 2013.

COMIS, Maria Angélica. Cenário de Redução de Danos no cenário internacional. In: **Por uma Redução de Danos Decolonial**. Luciana Togni de Lima e Silva Surjus; Luiz Henrique Passador (Orgs.). 200p. Santos: Universidade Federal de São Paulo, 2021.

CUNHA, Júnia Valéria Quiroga da; RODRIGUES, Monica. Rua: aprendendo a contar. Pesquisa nacional sobre população em situação de rua. In: **Rua:**

aprendendo a contar. Pesquisa nacional sobre população em situação de rua. 2009. p. 233-233.

DUARTE, Marco José. Saúde Mental, Drogas e Território: A garantia de direitos versus a repressão como estratégia de cuidado. In.: SOUZA, Ândrea Cardoso de et. al. **Entre pedras e fissuras: a construção da atenção psicossocial de usuário de drogas no Brasil.** São Paulo: Hucitec editora, 2016, p. 88-106.

ESPÍNDOLA, L. F. G. Redução de Danos: a busca de novos caminhos. In: UCHÔA, R. (Org.). **Ensaio sobre as drogas: necessidades humanas e políticas públicas.** 1ed. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2011.

IORE, Maurício. Uso de "drogas". Controvérsias médicas e debate público. In: **Uso de "drogas". Controvérsias médicas e debate público.** 2007. p. 136-136.

GALVANI, Débora. **Circuitos e práticas religiosas nas trajetórias de vida de adultos em situação de rua na cidade de São Paulo.** 2015. Tese (Doutorado em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015. <doi:10.11606/T.47.2015.tde-07072015-100223>. Acesso em: Outubro, 2022.

HUMANOS, Declaração Universal Dos Direitos. Assembleia Geral das Nações Unidas em Paris, 1948. Disponível em: <<http://www.dudh.org.br/wp-content/uploads/2014/12/dudh.pdf>>. Acesso em: Outubro, 2022.

KINOSHITA, Roberto. Contratualidade e Reabilitação Psicossocial. in: PITTA, Ana. Reabilitação psicossocial no Brasil. In: **Reabilitação psicossocial no Brasil.** 1996. p. 158-158.

LACERDA, Tammy. **Bioética e diversidade: Condições de saúde da população adulta em situação de rua no Distrito Federal** (dissertação). Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil. 2012. Disponível em: <<https://repositorio.unb.br/handle/10482/10877>>. Acesso em: Outubro, 2022.

LEMÕES, Tiago. **A corporificação do sofrimento e o trânsito entre vítima e algoz: novas reflexões a partir de etnografias com população em situação de rua.** Cadernos do Lepaarq, 11(21), p.45-61. 2014. Disponível em: <<https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/lepaarq/article/view/3155>> Acesso em: Outubro, 2022.

MELMAN, Charles et al. Alcoolismo, delinquência, toxicomania: uma outra forma de gozar. In: **Alcoolismo, delinquência, toxicomania: uma outra forma de gozar**. 1992. p. 159-159.

MORIN, Edgar. **Ciência com Consciência**. 8ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2005.

NATALINO, Marco Antônio. **Estimativa da População em Situação de Rua no Brasil**. Rio de Janeiro, RJ: IPEA. 2006. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/26102016td_2246.pdf> Acesso em: Outubro 2022.

NEIL, Marcelo; SILVEIRA, Dartiu Xavier da. Drogas e redução de danos: uma cartilha para profissionais de saúde. In: **Drogas e redução de danos: uma cartilha para profissionais de saúde**. 2008. p. 90-90.

PETUCO, Dênis. **O pomo da discórdia? Drogas, saúde, poder**. Editora CRV, 2022.

PLEACE, Nicholas. **Housing first guide Europe**. 2016.

RIZZOTTO, Maria Lucia. **Neoliberalismo e Saúde**. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. 2009. Disponível em:

<<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/neosau.html>>. Acesso em: Outubro, 2022.

SAFATLE, Vladimir. Neoliberalismo como Gestão do Sofrimento Psíquico. In.: SAFATLE, Vladimir; DA SILVA JUNIOR, Nelson; DUNKER, Christian. **Neoliberalismo como gestão do sofrimento psíquico**. Autêntica Editora, 2021.

SICARI, Aline; ZANELLA, Andrea. **Pessoas em Situação de Rua no Brasil: Revisão Sistemática**. Psicologia: Ciência e Profissão [online]. 2018, v. 38, n. 4, pp. 662-679. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1982-3703003292017>>. Acesso em: Outubro 2022.

SILVA, Tatiana, Natalino Marco Antônio, Pinheiro Marina. **População em situação de rua em tempos de pandemia: um levantamento de medidas municipais emergenciais**. Nota técnica 74 [Internet]. Brasília: IPEA; 2020. Disponível em: <<http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/10078>>. Acesso em: Outubro, 2022.

SOUZA, Tadeu de Paula. **A norma da abstinência e o dispositivo “drogas”: direitos universais em territórios marginais de produção de saúde (perspectivas da redução de danos)**. Tese. Campinas: Universidade Estadual de

Campinas, 2013. Disponível em:
<<https://app.uff.br/observatorio/uploads/TeseCompletaTadeu.pdf>>. Acesso em:
Outubro, 2022.

TEDESCO, Silvia; PECORATO, Leonardo. O conceito de normatividade e a perspectiva de redução de danos: uma proposta para atenção à saúde do usuário de drogas. In.: SOUZA, Ândrea Cardoso de et. al. **Entre pedras e fissuras: a construção da atenção psicossocial de usuário de drogas no Brasil**. São Paulo: Hucitec editora, 2016, p. 88-106.